



Métastases cutanées d'une linite gastrique : un cas exceptionnel

Cutaneous metastases of gastric linitis: an exceptional case

Salma Benidamou¹, Sofia Oubaha², Rachida Hafidi¹, Youness El Gamrani, Ilham Housni Alaoui³, Zohour Samlani¹, Khadija Krati¹

1. Service d'hépatogastro-entérologie, CHU Mohammed VI, Marrakech (Maroc)

2. Service de physiologie, Université Cadi Ayyad, Marrakech

3. Service de Dermatologie, CHU Mohammed VI, Marrakech

salmabenidamou@gmail.com

Résumé

La linite gastrique est un adénocarcinome gastrique infiltrant, caractérisé par la présence de cellules en bague à chaton. La survenue de métastases cutanées lors des linites gastriques est une situation extrêmement rare. Parfois révélatrices de néoplasie gastrique, les métastases cutanées restent de mauvais pronostic. Nous en rapportons une observation originale.

Observation : Un patient de 45 ans est hospitalisé pour bilan d'épigastalgies avec vomissements dans un contexte d'altération de l'état général. L'examen cutané retrouve des nodules au niveau de la face et du cuir chevelu. L'endoscopie œso-gastroduodénale a objectivé la présence d'un processus tumoral bourgeonnant et infiltrant de la région antro-pylorique. L'examen anatomo-pathologique a révélé un adénocarcinome peu différencié à cellules isolées en bague à chaton. La biopsie des nodules cutanés a révélé la localisation cutanée d'un adénocarcinome peu différencié avec contingent à cellules indépendantes en bague à chaton. Le scanner abdominal a objectivé en plus, des adénopathies cœlio-mésentériques et ascite de faible abondance avec des lésions osseuses condensantes intéressant le squelette axial en faveur de métastases osseuses.

Conclusion : Les métastases cutanées des linites gastriques sont très rares ; elles peuvent prendre des aspects cliniques différents et parfois trompeurs. L'extension se fait surtout par voie lymphatique ; le diagnostic est fait par examen histologique et complément immuno-histo-chimique. Le pronostic demeure sombre malgré les progrès de la chimiothérapie.

Mots-clés

Linite gastrique ; Cellules en bague à chaton ; Adénocarcinome gastrique ; Métastases cutanées

Abstract

Gastric linitis is a gastric adenocarcinoma characterized by the presence of signet ring cells. Cutaneous metastasis of gastric linitis is extremely rare, and can be indicative of gastric neoplasia. Cutaneous metastases have a bad prognosis. We report an original case of cutaneous metastases associated to gastric linitis.

Case report: A 45-year old patient was referred to our department for epigastric pain with vomiting in the context of impaired general condition. Dermatological examination found skin nodules on the face and scalp. The gastroduodenal endoscopy showed the presence of a budding tumor infiltrating antro-pyloric region. The histologic examination revealed a poorly differentiated adenocarcinoma with isolated signet ring cells. Biopsy of skin nodules revealed localization of cutaneous adenocarcinoma with isolated signet ring cells. Abdominal computed tomography showed mesenteric lymphadenopathy, peritoneal carcinomatosis, and bone metastases.

Conclusion: The cutaneous metastases of gastric linitis are very rare; they can take different clinical aspects and are sometimes misleading. The extension is mainly via the lymphatics, the diagnosis is made by histological examination. The prognosis remains poor despite advances in chemotherapy.

Keywords

Gastric linitis; Signet ring cells; Gastric adenocarcinoma; Cutaneous metastases

Introduction

La linite gastrique est un adénocarcinome gastrique infiltrant, caractérisé par la présence de cellules en bague à chaton au sein d'un stroma fibreux dense. Elle représente 5 % des cancers gastriques [1]. La survenue de métastases cutanées des adénocarcinomes gastriques est une situation clinique extrêmement rare, mais qui doit être connue car elle peut précéder la symptomatologie gastrique et être, à elle seule, révélatrice de néoplasie. Elles restent de très mauvais pronostic et signent une extension générale de la maladie. Nous rapportons une observation exceptionnelle d'un patient de 45 ans, qui présente un adénocarcinome gastrique à cellules en bague à chaton avec métastases cutanées, ganglionnaires, péritonéales et osseuses.



*Figures 1 et 2
Nodules cutanés disséminés au niveau de la face*

Observation

Il s'agit de Mr. L.L. âgé de 45 ans, ayant comme antécédent un tabagisme et un cannabisme chronique, et qui présente depuis 7 mois des douleurs abdominales prédominantes au niveau épigastrique avec pyrosis et apparition en parallèle de nodules au niveau du visage et du cuir chevelu. Cette symptomatologie a été précédée 5 mois auparavant par l'apparition de vomissements post prandiaux tardifs évoluant dans un contexte d'altération de l'état général, sans notion d'hémorragie haute ou basse et sans autre signe associé.

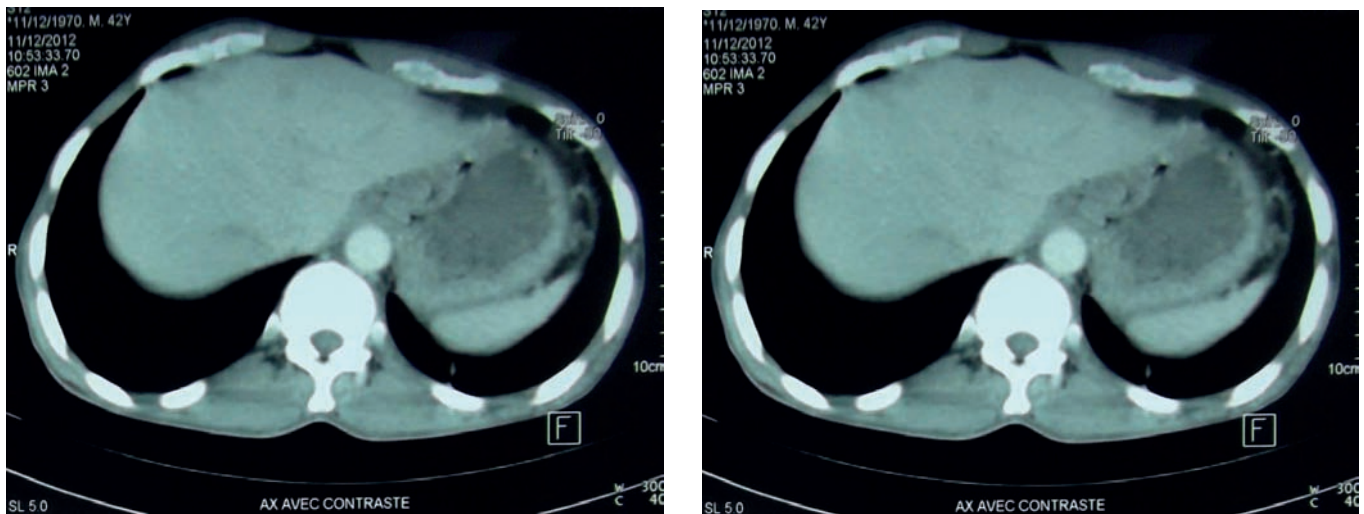
L'examen clinique du patient retrouve des signes de déshydratation et de dénutrition et une sensibilité épigastrique. L'examen dermatologique retrouve neuf nodules au niveau de la face et deux nodules au niveau du cuir chevelu (Fig. 1, 2, 3). Ils sont de consistance ferme, de couleur normale, rouges ou violacés, indolores, de taille variant entre 0,5 et 3 cm. Les examens ganglionnaires, ostéo-articulaires et pleuro-pulmonaires étaient sans anomalies.



*Figure 3
Nodules cutanés
du cuir chevelu*



L'endoscopie œso-gastroduodénale a objectivé la présence d'un processus tumoral bourgeonnant et pré-sténosant, infiltrant de la région antro-pylorique. L'examen anatomo-pathologique avec complément immuno-histochimique des fragments biopsiques a révélé un adénocarcinome peu différencié à cellules isolées en bague à chaton positives à l'anti-pancytokératine. La biopsie des nodules cutanés a révélé la localisation cutanée d'un adénocarcinome peu différencié avec contingent à cellules indépendantes en bague à chaton. Le scanner abdominal (Fig. 4 et 5) a objectivé la tumeur antro-pylorique et des adénopathies cœlio-mésentériques et ascite de faible abondance avec des lésions osseuses condensantes intéressant le squelette axial en faveur de métastases osseuses.



Figures 4 et 5
Épaississement de la région antro-pylorique gastrique

Une chimiothérapie palliative a été indiquée chez le malade vu la dissémination de l'adénocarcinome gastrique. Il s'agit du protocole classique ECF reproduit tous les 15 jours :

- Epirubicine 50 mg/m², J1 en 15 minutes ;
- Cisplatine 60 mg/m² J1 en 30 minutes ;
- 5FU 200 mg/m²/j en IV continu.

Discussion

La linite gastrique est une forme rare et agressive d'adénocarcinome gastrique, caractérisée par une invasion de la sous muqueuse gastrique par les cellules en bague à chaton avec extension lymphatique et hémotogène fréquente et rapide. Les métastases cutanées d'adénocarcinomes gastriques sont très rares. On estime que 6 % des tumeurs gastriques donnent des métastases cutanées [2], et seules 16 à 20 % de ces métastases cutanées sont des cancers à cellules en bague à chaton [3]. Détectées le plus souvent au cours de l'évolution de la maladie, elles en sont parfois révélatrices [4,5]. La dissémination métastatique se fait en grande partie via les vaisseaux lymphatiques et moins fréquemment par le biais du flux sanguin (au foie, de la cavité péritonéale, les poumons, les glandes surrénales et la peau [6].

Les métastases cutanées se manifestent généralement par l'apparition de nodules, pour la plupart indolores. Les nodules sont le plus souvent ronds, fermes, et mobiles. Ils sont généralement de la couleur de la peau, mais peuvent être rouges à violacés, bleuâtres, ou noirâtres. Parfois, ils miment un zona, un érysipèle ou une cellulite [7].

Les métastases cutanées ont tendance à se produire dans une région du corps à proximité du site de la tumeur primitive. Ainsi, l'abdomen et la poitrine sont les sites les plus communs de métastases [8] ; la face et le cuir chevelu sont des sites plus rares (c'est le cas de notre patient). Un autre élément est la possibilité de dissémination des cellules tumorales dans des trajets de drainage chez les patients opérés par laparoscopie [2]. Sur le plan histologique, les caractéristiques de la lésion sont similaires à ceux de la tumeur primitive.



Le pronostic des métastases cutanées des carcinomes gastriques reste sombre, avec une mortalité élevée (moyenne de survie de 7,5 mois [7], d'autant plus que ces métastases cutanées sont souvent associées à d'autres métastases ganglionnaires et péritonéales et sont rarement isolées. Toutefois, les récents progrès de la chimiothérapie ont grandement amélioré la survie [9].

Conclusion

La linite ou adénocarcinome gastrique à cellules en bague à chaton est un cancer de pronostic sombre. Ce pronostic s'assombrit encore davantage avec la découverte de métastases cutanées, une situation rare, mais qui signe le plus souvent un envahissement lymphatique et hémotogène diffus. Les manifestations cutanées des métastases sont parfois trompeuses, mimant d'autres pathologies cutanées. La connaissance de ces tableaux rares est le seul garant d'un diagnostic rapide et d'une meilleure prise en charge.

Références

1. Cecere N, Van Ooteghem G, Lanthier B et al. Survenue de métastases cutanées, d'une linite plastique traitée 16 ans auparavant par gastrectomie, Louvain Med. 2011;130 (2):63-67.
2. Morelli U, Cirocchi R, Mecarelli V et al. Gastric adenocarcinoma cutaneous metastasis arising at a previous surgical drain site: a case report. J Med Case Rep. 2009;3:65. doi: 10.1186/1752-1947-3-65.
3. Ahn SJ, Oh SH, Chang SE et al, Cutaneous metastasis of gastric signet ring cell carcinoma masquerading as allergic contact dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007;21(1):123-4.
4. Saeed S, Keehn CA, Morgan MB. Cutaneous metastasis: a clinical, pathological, and immunohistochemical appraisal. J Cutan Pathol 2004;31(6):419-30.
5. Lookingbill DP, Spangler N, Helm KF. Cutaneous metastases in patients with metastatic carcinoma: a retrospective study of 4020 patients. J Am Acad Dermatol 1993;29(2 Pt 1):228-36.
6. Aneiros-Fernandez J, Husein-ElAhmed H, Arias-Santiago S et al, Cutaneous metastasis as first clinical manifestation of signet ring cell gastric carcinoma. Dermatol Online J 2010;16(3):9.
7. Ayyamperumal A, Tharini G, Ravindran V, Parveen B. Cutaneous manifestations of internal malignancy. Indian J Dermatol 2012;57(4):260-4. doi: 10.4103/0019-5154.97657.
8. Krathen RA, Orengo IF, Rosen T. Cutaneous metastasis: a meta-analysis of data. South Med J 2003;96(2):164-7.

Liens d'intérêt : aucun